|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市盲人按摩实训基地招募合作指导老师报名表** | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | |
| 残疾证号 | |  | | | 从事按摩 行业年限 |  |
| 工作单位 | |  | | | | |
| 工 作 学 习 简 历 |  | | | | | |
|
|
|
|
| 备注 |  | | | | | |

说明：请如实填报，一经发现弄虚作假，取消报名资格。